

COMUNICADO N° 0067 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS DE SERVICIO DE CONTROL DISPOSICION PRODUCTOS FARMACEUTICOS DISPOSITIVOS MEDICOS. (TECNICO EN FARMACIA Y/O BACHILLER QUIMICO FARMACEUTICO) PARA:

- ESTABLECIMIENTO CENTRO DE SALUD TECHO OBRERO

DE LA U.E 401 SCCE, POR LO CUAL LOS INTERESADOS DEBERAN PRESENTAR DE MANERA FÍSICA EN SOBRE CERRADO MEDIANTE MESA DE PARTES DE LA U.E 401 SCEE (EN SOBRE CERRADO); O DE MANERA VIRTUAL AL CORREO ELECTRONICO logistica@redsaludcce.gob.pe, CUYA PROPUESTA (COTIZACION, CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO, DECLARACIONES JURADAS, CARTA DE AUTORIZACIÓN CCI Y DEMAS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LOS TERMINOS DE REFERENCIA); DEBERÁN SER PRESENTADOS CORRECTAMENTE ESCANEADOS, NÍTIDOS, Y CON LETRAS LEGIBLES

CON EL SIGUIENTE CRONOGRAMA

- | | |
|----------------------------------|------------|
| - PUBLICACION DE LA CONVOCATORIA | 07/03/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 10/03/2025 |





UNIDAD EJECUTORA: 401. SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

RUC : 20527179221

DIRECCION : AV. PACHACUTEC (VIA EVIT. PANAMERICANA SUR - BR. JANACPAMPA-CHUMO- SICUANI - CANCHIS - CUSCO

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcce.gop.pe

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 066 - 2025

DOC. REQ. : 397
INFORME N° 053 - 2025-U/SISMED - RSCCE

FECHA 7/03/2025

RAZON SOCIAL: _____

RUC: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO FIJO: _____

CORREO ELECTRONICO : _____ TELEFONO MOVIL: _____

CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA CCI: _____

FECHA DE COTIZACION: _____

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR	Precio por Entregable	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
001	SERVICIO DE CONTROL Y DISPOSICION PRODUCTOS FARMACEUTICOS DISPOSITIVOS MEDICOS Contratación de los servicios de tecnico en farmacia y/o bachiller en farmacia, para realizar funciones en el servicio de farmacia del cs. Techo obrero. SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA		02 entregables según TDR	SERVICIO	1		

PRECIO TOTAL OFERTA S/.

CONDICIONES DE VENTA:

1. Plazo de Entrega: Días calendario.
2. Plazo de reposición del bien o servicio defectuoso: Días calendario.
3. Garantía comercial del bien o del servicio: meses desde la prestación del bien o servicio

Importante: Todos los precios unitarios ofertados deben incluir IGV y otros costos; así también se rechazara este documento de presentar enmendaduras o borrones.

DOCUMENTOS DE PRESENTACION OBLIGATORIA PARA LA ADMISION DE ESTA, CASO CONTRARIO NO SERA ADMITIDA:

1. Declaración jurada simple de no estar impedido para contratar con el Estado, si el monto total es > 1 UIT (Art. 11° de la LCE N° 30225), Adjunto a la presente.
2. Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones técnicas o terminos de referencia o ficha técnica.
3. Copia simple de RNP vigente, cuando el monto total es > 1 UIT, si esta se omite no se considerara su cotización.

PENALIDADES:

1. Mayores a 1 UIT y Menores o Igual a 8 IUT el 10% como maximo al monto total, Segun Directiva Interna .
2. Mayores a 8 UIT 10% como maximo al monto total, Segun LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO (LEY N°30225, Regl. D.S. N°350)

	GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD - CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR <i>Raúl Santamaría Cusi</i> Raúl Santamaría Cusi ADQUISICIONES	 <i>Wara</i> Wara COORDINADOR DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR
VºBº JEFE LOGISTICA	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR	



SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

"Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo"

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

SERVICIO DE APOYO SERVICIO DE APOYO TECNICO EN FARMACIA TERMINOS DE REFERENCIA

CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TÉCNICO EN FARMACIA Y/O BACHILLER EN FARMACIA; PARA REALIZAR FUNCIONES EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL C.S. TECHO OBRERO

I.- ASPECTOS GENERALES.

Dependencia : Dirección de Atención Integral de Salud
Naturaleza del contrato : Locación de servicios
Fuente de financiamiento : Donaciones y transferencia

II.- DENOMINACION DEL CONTRATO.

Contratación de los servicios de técnico de farmacia y/o bachiller en farmacia, para realizar trabajos inherentes del servicio de farmacia que consiste desde la recepción de la prescripción hasta la entrega al paciente de los productos farmacéuticos con recetas y seguimiento de pacientes crónicos con su correspondiente tratamiento y cumplir con la normatividad vigente.

III.- FINALIDAD PUBLICA.

Mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud a los usuarios y asegurados del seguro integral de salud, que son atendidos por los establecimientos de salud, durante la dispensación de productos farmacéuticos y todas las actividades administrativas propias del servicio de farmacia para cumplimiento de los convenios de gestión, incluidas en la prestación de los establecimientos de salud priorizados para el presente términos de referencia.

IV.- ANTECEDENTES.

La Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar viene realizando atenciones integrales a la población afiliada al Seguro Integral de Salud con la población afiliada al seguro integral de salud en el primer nivel de atención con el fin de garantizar la atención y satisfacer las necesidades de salud del usuario que acuden al establecimiento de salud. Por lo antes mencionado es que se necesita locador que realice trabajos inherentes al servicio de farmacia para una adecuada dispensación de productos farmacéuticos que incluye todas las actividades realizadas desde recepción de la prescripción hasta la entrega al paciente de los productos farmacéuticos con su respectiva receta, como también la elaboración de los respectivos informes mensualmente y así mejorar la accesibilidad a medicamentos esenciales por parte de la población de la jurisdicción de los establecimientos de salud en mención.





V.- OBJETIVOS DE LA CONTRATACION.

Contratar a una persona natural que preste servicios en materia de técnico en farmacia y/o bachiller Químico farmacéutico para garantizar trabajos inherentes al servicio de farmacia para una adecuada dispensación de productos farmacéuticos que incluye todas las actividades realizadas desde recepción de la prescripción hasta la entrega al paciente los productos por un periodo detallado en el cuadro anexo del presente termino de referencia.

VI.- ALCANCE Y DESCRIPCION DEL SERVICIO.

El servicio implica cumplimiento de las atenciones para los establecimientos de salud del C.S. TECHO OBRERO a través de todas las actividades que implican en la unidad de farmacia de la U.E. 401 SCCE. Para lo cual se requiere.

VII.- PERFIL DEL LOCADOR

a) Requisitos mínimos

1. Formación Académica: Título de Técnico en Farmacia y/o Bachiller de Químico Farmacéutico.
2. Experiencia: Experiencia mínima de 01 año en Entidades Públicas o Privadas, en Almacén de Productos Farmacéuticos Autorizados* ejerciendo funciones inherentes a su profesión.
3. Constancia del Manejo del SISMED.
4. RUC activo y habido.
5. Registro Nacional de Proveedores (RNP)

***CONSTANCIA DE DMID DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO OBLIGATORIO**

b) Actividades a realizar.

- Recepción de la prescripción de productos farmacéuticos 350 - 550 recetas aproximadamente.
- Retroalimentación de la administración de los productos farmacéuticos 550 en promedio.
- Manejo del Software del SISMED para descargo y verificación de las recetas mensualmente
- Elaboración del ICI, IME, requerimiento de productos farmacéuticos mensualmente
- Cumplimientos de la buena práctica de almacenamiento y dispensación de productos farmacéuticos, insumos médicos y productos sanitarios. Debe obtener más de 90% de la ficha de evaluación.
- No podrá participar de campañas de vacunación, barrido etc. de las actividades que no son propios de farmacia
-





SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

“AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA”

- Implementación de las áreas administrativas.
- c) Conocimiento y habilidades técnicas
 - . Competencia
 - Comunicación empática y promover relaciones interpersonales positivas
 - Conocimiento de los procesos del SISMED
 - Manejo del aplicativo SISMED 2.5
 - Persona proactiva, tolerante, flexible, adaptable y con capacidad de solucionar conflictos creativamente.
 - Compromiso institucional buscando la excelencia
 - Capacidad de trabajar en equipo y liderazgo
 - Disponibilidad inmediata.
 - No estar impedido para contratar con el estado y/o entidades Privadas.
 - No haber tenido observación en la labor prestada con la RSCCE
 - El personal será asignado al lugar de prestación de acuerdo al puntaje obtenido según ranking

VIII.- ENTREGABLES

a.- Primer entregable

- Recepción de la prescripción de productos farmacéuticos – 350 recetas promedio.
- Retroalimentación de la administración de los productos farmacéuticos 350 en promedio.
- Manejo del Software del SISMED para descargo de las recetas mensualmente
- Elaboración del ICI, IME, requerimiento de productos farmacéuticos
- Cumplimientos de la buena práctica de almacenamiento y dispensación de productos farmacéuticos, insumos médicos y productos sanitarios
- No podrá participar de campañas de vacunación, barrido, etc. de las actividades que no son propios de farmacia
- Evaluación de ficha con más del 90% de puntaje

b.-Segundo entregable

- Recepción de la prescripción de productos farmacéuticos – 350 recetas promedio.





SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

“AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA”

- Retroalimentación de la administración de los productos farmacéuticos 350 en promedio.
- Manejo del Software del SISMED para descargo de las recetas mensualmente
- Elaboración del ICI, IME, requerimiento de productos farmacéuticos
- Cumplimientos de la buena práctica de almacenamiento y dispensación de productos farmacéuticos, insumos médicos y productos sanitarios
- No podrá participar de campañas de vacunación, barrido, etc. de las actividades que no son propios de farmacia
- Evaluación de ficha con más de 90% de puntaje

IX.- LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DE SERVICIO

LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO	PERIODO DE EJECUCION
C.S. TECHO OBRERO	2 ENTREGABLES

X PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO.

Se efectuará en (2) entregables, los cuales serán presentados en la unidad del sismes de acuerdo al siguiente detalle.

- 1er entregable (hasta los 25 días contabilizados a partir del día siguiente de la firma del contratado)
- 2do entregable (hasta los 50 días contabilizados a partir del día siguiente de la firma del contratado)

XI.-CONFORMIDAD

La conformidad será otorgada por el responsable del SISMED de la U.E: 401 RSCCE

XII- FORMA DE PAGO

La entidad realizará el pago será por cada entregable a favor del contratista.

RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
SISMED

Q.F. Freddy Pimentel Frisancho
C.Q.F.P 01311



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud

Red de Servicios
de Salud Canas
Canchis Espinar

UNIDAD DE
LOGISTICA



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"Año de la recuperación y consolidación de la economía"

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Señor:

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN UE 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Presente. -

Asunto : Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Ud. que el número de CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) el cual consta de 20 dígitos es:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Proveedor:

(Indicar el nombre o razón social del proveedor titular de la cuenta)

RUC N°:

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente, para que los pagos sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco:

NOMBRE DEL BANCO:

Asimismo, dejo constancia que el Recibo por Honorarios a ser emitido por el suscrito, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta de la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

Firma del proveedor o de su representante legal

Nota importante: El N° de CCI deberá estar **VINCULADO** con el N° del RUC del proveedor a efectos de proceder al pago.



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud

Red de Servicios
de Salud Canas
Canchis Espinar

UNIDAD DE
LOGISTICA



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DECLARACIÓN JURADA DE VINCULACION LABORAL

Yo, _____, Identificado (a) con DNI

N° _____, domiciliado(a) en _____, del

Departamento _____, Provincia _____, Distrito _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO*:

Que, no estoy vinculado/a laboralmente a otra entidad pública o privada, bajo ninguna modalidad que no me permita ejercer legalmente y físicamente el trabajo que se me asigne.

Que, estoy vinculado/a laboralmente a otra entidad pública o privada, comprometiéndome a presentar la carta de renuncia irrevocable, antes de la suscripción del contrato.

Soy personal médico y/o profesional de la salud con especialidad, y la cual me permite brindar mis servicios en dos instituciones del Estado.

(LEY N° 32145 DE REFORMA CONSTITUCIONAL DEL ARTÍCULO 40 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ PARA HABILITAR EL DOBLE EMPLEO O CARGO PÚBLICO REMUNERADO AL PERSONAL MÉDICO O ASISTENCIAL DE SALUD)

Manifiesto que lo mencionado corresponde a la verdad de hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso me sujeto a los alcances de lo establecido en el Art. 438° del Código Penal.

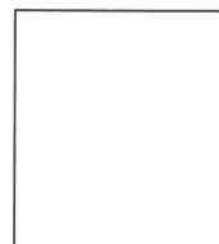
Adicionalmente, manifiesto que la contravención de lo declarado bajo juramento, será casual de descalificación y/o resolución de contrato.

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:

FECHA:



HUELLA DACTILAR

*Marcar con una **X** en el recuadro según corresponda a su caso particular



Gobierno Regional
CUSCO

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de Salud

Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

UNIDAD DE LOGISTICA



"UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR"

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DECLARACIÓN JURADA

SEÑORES:

UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

ATENCIÓN: UNIDAD DE LOGÍSTICA

YOCON DNI Nº.....

REPRESENTANTE LEGAL DE.....(solo en caso de persona jurídica)

CON RUC Nº DIRECCIÓN.....

TELÉFONO Nº CORREO ELECTRÓNICO.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Mediante el presente escrito lo siguiente:

1. Que cumpla con lo solicitado por vuestra institución, en los términos de referencia / especificaciones técnicas adjuntos a la solicitud de cotización.
2. No tener impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en todos los numerales del Artículo 11 de la Ley Nº 30225, Reglamento y Modificaciones.
3. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación; asimismo, declaro que cumpla con las condiciones y términos de referencia solicitados.
4. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
5. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en el Texto Único Ordenado de la ley Nº 27444- Ley del procedimiento administrativo General Código Civil, entre otras que correspondan.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información que pueda acceder en cumplimiento de la prestación del bien o servicio contratado.
7. No tener dentro de la entidad parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segunda afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.

Autorizo que se me Notifiquen al Correo Electrónico Indicado las siguientes actuaciones:

- a) Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
- b) Notificación de la orden de compra y/o servicio.
- c) Notificación de observaciones, aplicación de penalidades, resolución de orden de compra/contrato o cualquier otra comunicación con la entidad.

Así mismo, manifiesto ser responsable de la veracidad de la información presentada, sujeto a fiscalizaciones posteriores y acciones legales y penales en caso se verifique su falsedad.

Ciudad..... de de 2025.

.....
Firma y Sello del Proveedor, o de su Representante Legal

